



Anmeldeformular

zum PAH-Patienten-Service von Janssen

Wir freuen uns, dass Sie sich für **mein heute – mein morgen** interessieren.
Die Anmeldung ist für alle PAH-Patienten, unabhängig ihrer aktuellen Medikation, möglich.

Der **mein heute – mein morgen** PAH-Patienten-Service bietet Ihnen und Ihren Angehörigen eine Unterstützung im Umgang mit Ihrer Erkrankung und steht Ihnen und Ihren Angehörigen mit Rat und Tat zur Seite.

Ihre Anmeldung für **mein heute – mein morgen** PAH-Patienten-Service ist kostenfrei. Sie können diese ohne Nennung von Gründen jederzeit widerrufen. Auf Wunsch und in Absprache mit Ihnen ruft Sie ein geschulter persönlicher Ansprechpartner an und steht Ihnen für Gespräche zur Verfügung.

Bitte beachten Sie, dass diese Telefonate nicht die erforderlichen Kontakte mit Ihrem behandelnden Arzt ersetzen.

Anmeldung

Hiermit melde ich mich zu meinem persönlichen **mein heute – mein morgen** PAH-Patienten-Service an. Ich bin damit einverstanden, dass ich zu Unterstützungs-, Beratungs- oder Informationszwecken, wie im beiliegenden Informationsmaterial beschrieben, kontaktiert werde.

Ich stimme zu, dass der PAH-Patienten-Service **mein heute – mein morgen**, ausgeführt durch die Synvie GmbH, München, im Auftrag der Janssen-Cilag GmbH, Neuss, meine Daten einschließlich meiner Kontakt- und Therapiedaten, sowie freiwillig mitgeteilter Informationen für die Betreuung oder ggf. für eine arzneimittelsicherheitsrelevante Meldung in anonymisierter Form verarbeitet.

Die Daten werden gemäß den gesetzlichen Bestimmungen gespeichert, mindestens solange, wie ich im oben genannten Programm Teilnehmer bin und diesem nicht widersprochen habe. Die Speicherung erfolgt digital und in Papierform gemäß den gesetzlichen Bestimmungen.

Ich kann Informationen über meine Rechte und die erhobenen Daten erhalten und eine erteilte Einwilligung jederzeit kostenfrei unter Tel.: 0800 853 63 60 oder datenschutz@synvie.de widerrufen. Datenverantwortlich ist der beauftragte Dienstleister, die Synvie GmbH. Weitere Informationen können unter www.synvie.de/datenschutz eingesehen werden.

Name, Vorname

Strasse, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Geburtsdatum

Datum, Unterschrift

Für den behandelnden Arzt

Ich stimme zu, dass meine Kontaktdaten für Rückfragen an die oben genannten Firmen oder entsprechenden Behörden weitergegeben werden, sofern dies für eine arzneimittelrelevante Meldung notwendig ist.

Stempel:

Datum, Unterschrift

Ich wünsche eine Unterstützung zu folgenden Themen

(Bitte kreuzen Sie Ihre Auswahl an.)

Allgemeines

- Wiederholung der Informationen zur Erkrankung
- Motivation und Unterstützung
- Besprechung aktueller Themen und praktische Tipps und Hilfestellungen
- Unterstützung bei der Diagnosebewältigung
- Unterstützung bei krankheitsbedingten Alltagsproblemen

Motivation und telefonische Begleitung

- Informationen zur Therapie und Klärung von noch bestehenden, allgemeinen Fragen in Phasen der Therapieumstellung
- Erinnerungstelefonate aufgrund der von mir gemachten Angaben, z.B. Erinnerung an anstehende Termine im PAH-Fachzentrum

Pflegedienste und Apotheken

- Bereithaltung einer Liste von deutschlandweiten Pflegediensten, die auf Verordnung eines Arztes die Versorgung einer Infusionspumpe und die Pflege eines Katheters im Rahmen der Behandlung von PAH-Patienten durchführen
- Die Zubereitung einer Infusionslösung zur Therapie der PAH ist eine Leistung, die nicht von jeder Apotheke angeboten wird. Ich wünsche mir eine Liste der Apotheken in der Nähe meines Wohnortes, die diese Leistung anbieten, bzw. dafür die Qualifikation besitzen

PAH-Nurse-Service*

Nach persönlicher Absprache wünsche ich mir einen Besuch durch die PAH-Nurse in meinem häuslichen Umfeld. Die PAH-Nurse bietet mir je nach Bedarf Unterstützung zu folgenden Themen:

- Ausführliche Informationen über den PAH-Patienten-Service
- Informationen zur Erkrankung
- Erkennen und Besprechen von Unsicherheiten und Problemfeldern
- Eingehen auf individuelle Fragestellungen
- Unterstützung beim Umgang mit der Erkrankung und bei der Krankheitsbewältigung
- Tipps und Tricks für pflegende Angehörige

* PAH-Nurse-Service: medizinisch geschultes Fachpersonal

Bitte senden Sie uns Ihre Anmeldung zurück:

- Kostenfrei per Post im beiliegenden Rückumschlag
- **Kostenfrei per Fax: 0800 853 63 66**
- Eingesannt per E-Mail:
mhhh@lungenhochdruckinfocenter.de
(bitte verschlüsseln Sie Ihre Nachricht)



mein heute – mein morgen ist für Sie erreichbar:

- Montag bis Freitag von 09:00 – 17:30 Uhr
- Kostenfreies Service-Telefon: 0800 853 63 60